**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**

**COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához**

Név: Születési dátum:

TAJ szám: Lakcím:

Telefonszám: email cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Igen | Nem |
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): |  |  |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? |  |  |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? |  |  |
| Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte? |  |  |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?  **(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!)** |  |  |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? |  |  |
| Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?  **(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok)** |  |  |
| |  | | --- | | Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? | |  |  |
| |  | | --- | | Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? | |  |  |
| Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? |  |  |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? |  |  |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? |  |  |
| Jelenleg várandós-e? |  |  |
| Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül? |  |  |
| Szoptat-e? |  |  |

Dátum:……………………………

……………………………………… Aláírás